

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

**Contribution à l'étude
des torsions du pédicule des kystes de l'ovaire**

—*—
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 mars 1938

PAR

ARJA-LÉON MANGEL

Né à Varsovie (Pologne), le 9 janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION « MÉDECINE »)

**Examineurs
de la Thèse.**

{ MM. LAPEYRE, professeur; *Président.*
GRANEL, professeur.
COLL DE CARRERA, agrégé. } *Assesseurs.*
ROUX, agrégé.

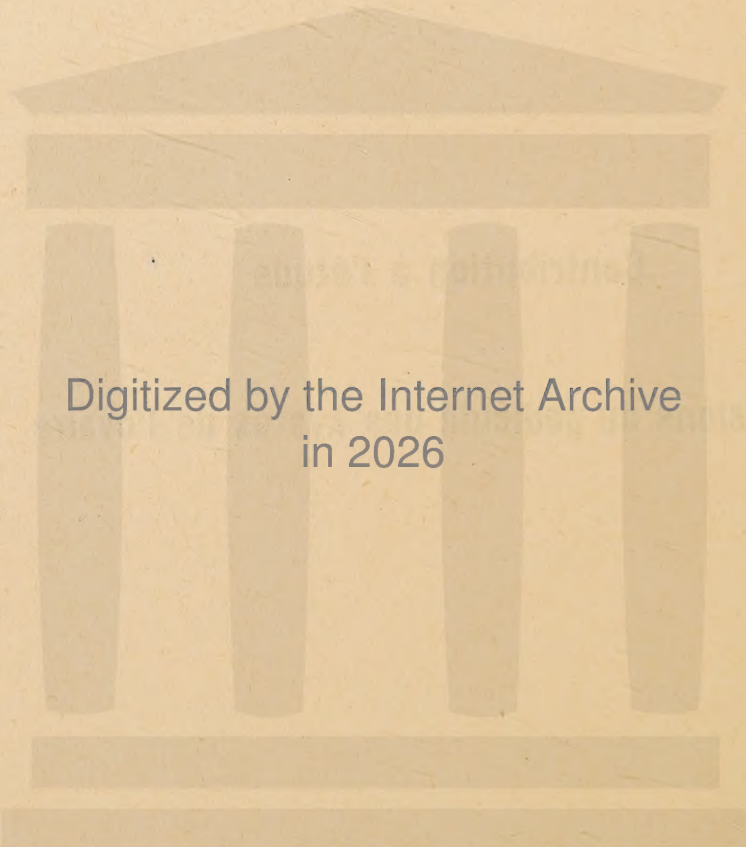
—♦♦♦—
MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

—
1938

Contribution à l'étude

des torsions du pédicule des kystes de l'ovaire



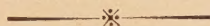
Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

**Contribution à l'étude
des torsions du pédicule des kystes de l'ovaire**



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 mars 1938

PAR

ARJA-LÉON MANGEL

Né à Varsovie (Pologne), le 9 janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION « MÉDECINE »)

**Examineurs
de la Thèse.**

{	MM. LAPEYRE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
	GRANEL, professeur.		
	COLL DE CARRERA, agrégé.		
	ROUX, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1938

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique, médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, <i>assess.</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIÈRE, <i>doyen.</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.).....	N...
Anatomie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÉDENAT, GALAVIELLE, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, BOSCH, VIREN, VILLARD et CABANNES.

Chargés de cours complémentaires.

Pathologie expérimentale.....	MM. N...
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN, <i>ag. libre.</i>
Accouchements.....	COLL de CARRERA.
Clinique phthisiologique.....	BOUDET, <i>prof.</i>
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en exercice.

Chirurgie.....	{ MM. AIMES. MOURGUE-MOLINES GUIBAL. ROUX.	Médecine.....	{ MM. JANBON. BAUMEL. P. RIMBAUD. COLL DE CARRERA. CARRÈRE. DEJEAN.
		Obstétrique.....	
		Bactériologie.....	
		Ophtalmologie.....	

Examineurs de la thèse.

MM. LAPEYRE, professeur, <i>président.</i>	MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
GRANEL, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A.-L. M.

A MON PERE

*Pour tout ce qu'il a su faire
pour moi par sa bonté et son
courage.*

A MA BELLE-MERE

*En gage bien faible de ma
profonde affection.*

A MA GRAND'MERE

*Témoignage de profonde vé-
nération.*

A MA SŒUR ET A MON FRERE

*Je vous réunis tous les deux
ici comme vous l'êtes dans mon
cœur.*

A MES ONCLES ET TANTES

A.-L. M.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Que je remercie de l'intérêt
qu'il a bien voulu me témoigner
en me confiant ce travail et de
l'honneur qu'il m'a fait en accep-
tant la présidence de ma thèse.*

A MON JURY DE THESE

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

A.-L. M.

MEIS ET AMICIS

A.-L. M.

AVANT-PROPOS

Une préface devrait être une profession de foi scientifique. Mais, avant ce travail modeste, il ne nous est guère permis d'en exagérer l'importance par des réflexions générales préalables. Ne pouvant être un manifeste, ces quelques lignes seront plus simplement une action de grâces.

Avant d'entreprendre ce travail, dernier acte de scolarité et timide essai de notre expérience médicale, il est juste d'évoquer le souvenir de tous ceux qui nous aidèrent à arriver à ce terme. Coutume que nous lègue la tradition, coutume à laquelle nous sommes heureux de nous soumettre, car elle est pour nous l'occasion de témoigner à tous ceux qui nous sont chers l'expression de notre reconnaissance. De toutes ces pages, c'est celle-ci qui pour nous est la plus facile à écrire, car elle est toute entière l'écho de notre cœur.

Notre reconnaissance va d'abord à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier qui jetèrent les premières bases de notre instruction; leurs précieux enseignements resteront le solide fondement de notre instruction professionnelle. Plus particulièrement à Monsieur le Professeur LAPEYRE, qui fut pour nous à la fois un Maître aux conseils éclairés qui nous initia avec bienveillance aux premières notions de la gynécologie, et un conseiller toujours prêt à joindre à ses leçons magnifiques un précieux conseil.

A MM. les Professeurs GRANEL, COLL DE CARRERA et ROUX qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse, nous adressons nos sincères remerciements.

Aux chirurgiens et médecins des Hôpitaux de Pierrefeu et d'Avignon où nous avons été interne et où nous avons fait nos premières armes dans la pratique de la chirurgie.

A tous ceux dont nous avons reçu l'exemple du dévouement et du travail nous tenons à rendre hommage, mais plus ému sera ce témoignage à un père affectueux et chéri qui fut pour moi la vivante personification des plus hautes vertus. Je ne pourrai qu'affaiblir par la banalité des mots les sentiments que j'éprouve pour son affectueuse fermeté qui guida toute ma jeunesse au prix de bien des sacrifices et d'une abnégation de chaque jour. Lui dédier est pour moi la bien faible expression de profonde et respectueuse tendresse d'un fils. J'associe à ce témoignage d'affection le souvenir ému d'une mère qui trop tôt fut enlevée à ma tendresse; un destin aveugle n'a pas permis qu'elle assiste à notre succès et qu'elle partage toute notre joie; son absence se fait aujourd'hui sentir plus tristement que jamais.

À notre belle-mère qui n'a cessé de nous inciter au travail jusqu'au dernier jour de nos études, nous lui rendons publiquement hommage pour son affectueuse et inoubliable tendresse.

Que ma sœur IRÈNE et mon frère MIECZYSLAW voient dans ce souvenir l'expression d'une profonde affection pour eux qui furent, en même temps qu'une sœur et

*un frère aimés, des amis aux conseils sûrs et pondérés;
et dans ce souvenir j'unis tous ceux qui leur sont
le plus chers.*

*A mes chers camarades qui, sur les bancs déjà
lointains du collège, dans les hôpitaux et à la faculté,
furent les compagnons de mes travaux et de mes joies,
à ceux qui vécurent les heures heureuses de notre
jeunesse.*

*En quittant ce passé, fait des ardents enthousiasmes
et des aspirations de notre jeunesse, pour affronter les
surprises que nous réserve ce demain si souvent appelé,
une tristesse nous prend, car c'est à un peu de soi-
même que l'on se dit adieu. Mais de ces souvenirs
pleins de fraîcheur nous évoquerons toujours avec
plaisir et émotion les figures de ceux qui nous furent
chers.*

INTRODUCTION

Le kyste de l'ovaire, affection dont l'évolution se fait progressivement et sans danger apparent, peut donner lieu à des complications capables d'aggraver tout à coup l'état des malades et de nécessiter une intervention d'urgence.

Parmi celles-ci, citons la torsion du pédicule.

Les difficultés du diagnostic, les complications graves possibles, ont attiré notre attention, non moins que les causes et le mécanisme.

Aussi, c'est avec empressement que nous reçumes de notre Maître, M. le Professeur Lapeyre, deux observations particulièrement démonstratives et à ce propos il nous a paru intéressant de faire une revue générale de cette question.

OBSERVATION N° I

Kyste de l'ovaire droit avec pédicule tordu, coexistant avec une grossesse utérine de trois mois et demi : ablation du kyste. Continuation de la grossesse. Guérison. (Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Lapeyre).

M^{me} Adèle G..., âgée de 23 ans, entre dans le service le 23 février 1932. Interrogatoire difficile, la malade ne comprenant pas le français.

Ordinairement bien réglée, cette femme a eu deux grossesses normales. Ses dernières règles datent du 7 novembre 1931. Depuis sont survenues quatre crises abdominales, douloureuses, s'accompagnant de vomissements, sans pertes sanguines.

A l'examen, la malade pâle paraît amaigrie. L'abdomen augmenté de volume offre à peu près l'aspect correspondant à celui d'une grossesse de six mois. Il est le siège d'une tuméfaction globuleuse dont le centre correspond à l'ombilic. Cette tumeur est régulièrement arrondie, lisse, de consistance rénitente, manifestement fluctuante dans toute son étendue, peu mobile, mate à la percussion. Il existe une mince bande de sonorité entre la tumeur et le bord supérieur de la branche pubienne droite. Palpation légèrement douloureuse.

Au toucher, col ramolli, entr'ouvert; corps utérin ramolli, augmenté de volume, et distinct de la tumeur, surtout dans la position de Treudelenbourg.

Aussi, la malade n'ayant pas eu ses règles depuis

trois mois et demi, on soupçonne une grossesse de trois mois coexistant avec un kyste de l'ovaire. Les quatre crises survenues depuis novembre 1931, le peu de mobilité du kyste, autorisent à penser qu'à cette époque s'est produite la torsion du pédicule du kyste.

L'opération est proposée et, le 2 mars 1932, l'ovariotomie est faite par M. le Professeur Lapeyre avec l'aide du Docteur Estor.

Anesthésie générale à l'éther à l'Ombredanne. Incision médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on aperçoit l'utérus augmenté de volume (volume d'une grossesse de quatre mois), rouge, ramolli, en position normale. La région médiane de l'abdomen au-dessus de l'utérus est occupée par un kyste gros à peu près comme une tête d'adulte, et recouvert partiellement par de l'épiploon qui a contracté avec lui quelques adhérences. Libération de ces adhérences, ponction du kyste, issue de trois litres de liquide séreux couleur chocolat. Pédicule assez mince, tordu deux fois dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre.

L'appendice sain est conservé. Détorsion et section du pédicule. Ligature, suture pariétale en trois plans.

Le kyste est constitué par une poche unique dont la face interne offre un aspect dermoïde. La trompe, longue de 20 centimètres environ, passe en bandouillère à la surface de la tumeur. On trouve près de son extrémité utérine une masse épaissie, paraissant répondre aux parties de l'ovaire n'ayant pas subi la transformation kystique. L'ovaire gauche paraît normal et sain.

Suites opératoires très bonnes. Rétablissement complet et continuation de la grossesse. Sortie du service le 1^{er} avril 1932.

OBSERVATION N° II

Kyste de l'ovaire droit. Torsion du pédicule. Adhère-
rence du kyste à la paroi abdominale. Ovaire gauche
scléreux. Ablation du kyste. Hystérectomie subtotale.
(Observation recueillie dans le service de M. le Pro-
fesseur Lapeyre).

Joséphine R..., âgée de 47 ans, entrée dans le ser-
vice le 11 février 1937.

Antécédents héréditaires : Père mort à 67 ans, mère
morte à 69 ans, de cause inconnue. Quatre frères et
trois sœurs en bonne santé.

Antécédents génitaux : Réglée à 13 ans, règles irrè-
gulières, retardant de un à deux jours, durant huit
jours; abondantes, douloureuses au début. Méno-
pause en 1935, hémorragie durant un mois, puis les
règles ont totalement disparu, remplacées par des bouf-
fées de chaleur. Trois grossesses normales : première
en 1914, enfant mort à 16 mois de convulsions, les
deux suivantes en 1916 et 1920, deux fils bien por-
tants, jamais de fausse couche. Etat actuel : la malade
entre dans le service pour une tumeur abdominale et
crise douloureuse. Voici ce qu'elle raconte :

Depuis un an, elle souffrait de crampes d'estomac.
Elle s'est également aperçue que son ventre grossissait
et elle éprouvait des tiraillements. Il y a trois semaines,
la malade était prise subitement de coliques violentes
avec une douleur vive dans le côté droit.

En même temps que ces douleurs, elle eut des vomissements bilieux. Le repos au lit fait diminuer d'intensité la douleur; elle ne signale aucun trouble ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

A l'examen on constate un ventre très volumineux, gros, à la palpation la paroi abdominale est souple, on sent une masse rénitente mais pas très tendue, sphéroïdale, ayant environ 25 centimètres de diamètre que l'on mobilise assez facilement, un peu douloureuse sur le côté droit. La tumeur est mate à la percussion et est entourée d'une zone de sonorité dans le flanc droit et l'épigastre, mais à gauche il existe de la matité du flanc.

Au toucher, le doigt arrive sur un col régulier, on sent l'utérus normal, indépendant de la tumeur kystique abdominale.

En mettant la malade dans la position de Treudelenbourg, la tumeur remonte notablement, elle veut occuper l'hypochondre et le flanc droit, débordant cependant la ligne médiane vers la gauche.

Examen de laboratoire.

Urines normales, sang-azotémie : le 12 février 1937 : 0,47; le 19 février 1937 : 0,20; B. W. : négatif.

Examen radiologique : hystérographie le 13 février 1937. Les trompes sont presque horizontales. Il n'y a pas d'ascension de la trompe droite.

Opération le 22 février 1937 par M. le Professeur Lapeyre, assisté par M. le Docteur Estor.

Rachianesthésie quatrième lombaire avec 12 centigrammes de scurocaïne. Très bonne. Laparotomie sous-ombilicale. Le kyste tend à remonter vers le diaphragme, la malade étant en Treudelenbourg léger. On le refoule pour l'appliquer contre la paroi abdominale. Par cette manœuvre, l'accolement est devenu

tel qu'à l'incision du péritoine la paroi du kyste est elle-même ouverte sur une étendue de 5^m/_m environ.

Pendant les manœuvres d'extériorisation de la poche, le liquide se répand dans l'abdomen, mais il est aspiré au fur et à mesure, de telle sorte qu'il ne se répand pas très loin. La poche extériorisée, on constate qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit présentant une bosse-lure secondaire du volume du poing. La poche principale étant du volume d'une tête d'adulte. Le pédicule est tordu de 3/4 dans le sens des aiguilles d'une montre.

L'autre ovaire paraît sain, il est pourtant très scléreux et l'on décide, l'anesthésie étant parfaite et devant durer encore un certain temps, de pratiquer une hystérectomie subtotala qui est réalisée de droite à gauche sans aucun incident.

Le moignon du col est suturé sans évidemment. Les ligatures et la péritonisation se font très simplement. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires très bonnes. La malade sort guérie le 14 mars 1937.

HISTORIQUE

L'histoire de la torsion pédiculaire du kyste de l'ovaire ne commence guère qu'au début du XIX^{me} siècle.

Cette curieuse complication, soupçonnée par Ribben-tropp, Hardy, Hiligk et Patruban, ne fut réellement découverte que par Rokitanski, qui en reconnut la fréquence, en étudia la marche et les effets.

Ce fut en 1841, dans son « *Handbuch der Pathologischen Anatomie vol. 1* » que Rokitanski décrivit cet accident des kystes de l'ovaire. Mais ce n'est qu'en 1860 que ce dernier auteur, se basant sur un matériel autopsique de treize cas, pouvait fonder l'histoire du pédicule kystique tordu.

C'est dans l'« *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* » (1860), dans le « *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien* » (1865), qu'il publia des mémoires très complets sur ce sujet intitulés « *Über der strangulation Von Ovarialtumoren durch achsendrehung* ». Mais, comme le dit Terrillon, « cette connaissance de l'étranglement du pédicule, regardée d'abord » comme une simple curiosité anatomique, permit, » lorsque l'ovariotomie entra dans la pratique, d'expliquer et d'attribuer à la torsion du pédicule certains accidents qui avaient nécessité l'intervention chirurgicale. »

Le Docteur Van Buren a publié deux cas de torsion du pédicule dans le *New-York Journal of Medicine* (1850-1851).

Dans le premier, la torsion sans étranglement de la

tumeur ne hâta nullement l'ovariotomie qui fut suivie de guérison.

Dans le second, on diagnostiquait une péritonite aiguë et la malade mourait dix jours plus tard. A l'autopsie, on trouva un kyste de l'ovaire droit de couleur sombre, presque noire. La tumeur était remplie de sang; le pédicule du kyste était court et tordu une fois et demie sur lui-même; la torsion avait amené une péritonite mortelle.

Le Docteur Patruban (*Österreiches Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1855) publia une observation dans laquelle la torsion produisit rapidement une hémorragie intra-kystique. La malade succomba.

Le Docteur Krome de Brooklyn (*American Medical Monthly*, 1861) a observé un cas d'étranglement du pédicule chez une femme enceinte se produisant 24 heures avant le travail, avec terminaison fatale.

La cause des accidents observés pendant la vie ne fut connue qu'à l'autopsie. Et toute cette série de publications parues de 1845 à 1860 n'étaient que des découvertes nécropsiques.

C'est à Olshausen, Spencer Wells et Lawson Tait, que revient l'honneur d'avoir fait le diagnostic avant de pratiquer la laparatomie.

En 1877, Spencer Wells relate ses premières ovariotomies devant la Société des Chirurgiens de Londres, et, l'année suivante, Schroeder défend cette opération à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin. L'ovariotomie qui prend d'abord une place minime voit peu à peu son succès grandir; les résultats obtenus enhardissent les opérateurs et c'est au cours de laparotomies que la torsion pédiculaire fut souvent reconnue et opératoirement guérie. Dès lors, de nombreux travaux sont consacrés à l'étude de la question.

Les mémoires les plus importants qui ont vulgarisé la notion de la torsion pédiculaire sont ceux de Stratz (1886), de Winter (1891), de Swan, de Jalabert (1898), de Flatau (1907), de Manton (1911).

Parmi les auteurs qui, les premiers en France, ont publié des observations ou des travaux d'ensemble sur cette question, nous devons citer : Koeberlé, M. Remy de Nancy (Thèse d'agrégation, 1886), Parizot (Thèse de doctorat, 1886), Duplay (1887), Terrillon (*Revue de Chirurgie*, 1887).

On a également essayé d'expliquer, d'approfondir le mécanisme de cette rotation sur laquelle les contributions de Freund, de Küstner, de Thorne, de Boursier, sont d'une valeur réelle, et malgré cette bibliographie abondante, il persiste encore des points à préciser, non sur le terrain clinique et opératoire qui est simple et net, mais à propos de l'étiologie de cette curieuse complication.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie et développement des kystes.

Il se peut que ce chapitre ne soit pas tout à fait indiqué dans notre travail et un peu hors sujet. Mais ce court aperçu est nécessaire pour la meilleure compréhension de l'origine et de l'anatomie pathologique du pédicule du kyste.

Les kystes de l'ovaire sont le produit d'une évolution épithéliale. Le rôle d'épithélium pour les kystes mucoïdes a été établi par Klebs (*Handbuch d. path. anat.*, Berlin 1879, p. 789) et par Waldeyer. Le seul doute, à l'heure actuelle, c'est la nature exacte des éléments cellulaires qui servent de point de départ à cette évolution.

1° **Kystes mucoïdes.** — Sur l'ovaire se produit une de ces invaginations épithéliales, analogues aux formations tubulaires, que l'on trouve dans la paroi des kystes formés. Cette invagination par simple oblitération de l'orifice du tube ou du goulot de la glande se transforme en cavité close. L'épithélium ne perd pas de ce fait son activité, il continue à sécréter, la sécrétion distendant la paroi, le kyste grandit. En même temps, les cellules épithéliales prolifèrent et forment sur la paroi interne des bourgeons où se développent de nouvelles cavités closes, de nouveaux kystes, et ainsi tout kyste de l'ovaire est à son origine multiloculaire. Les cloisons qui séparent les diverses loges peuvent s'atrophier, se résorber, en partie, faire com-

muniquer ensemble des poches qui s'unissent en une cavité plus grande, et c'est ainsi que prennent naissance les énormes cavités kystiques que l'on rencontre si souvent et qui sont à leur origine multiloculaires et complexes.

Suivant l'intensité de ce processus, suivant que la simplification ou la prolifération l'emporte, on aura le kyste uniloculaire ou multiloculaire.

Nous laissons volontiers de côté toutes les théories sur l'origine des kystes mucoïdes, sur la provenance de l'invagination primitive; l'opinion de Waldeyer (*Die Eierstockskystome Arch. f. gyn. Bd. 1, p. 252*) rapportant leur origine aux tubes de Pflüger; celle de Steffek, qui place le point de départ des kystes ovariens dans l'épithélium même du follicule (*Zur Entstehung der epithelialen dermoïden Eierstocks geschwülste Zeitsch f. geb. und. gyn. XIX, 2*). Les faits observés par Pozzi et Beaussenat (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1897, N° 2, p. 245*) viennent à l'appui de cette opinion.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution des tumeurs, la théorie de la prolifération des cellules germinatives de l'ovaire est encore la plus satisfaisante.

2° Kystes dermoïdes. — Le mode de formation de ces kystes, après avoir donné lieu à plusieurs théories ingénieuses, semble aujourd'hui à peu près élucidé.

Sans parler des théories abandonnées de la grossesse extra-utérine, de la diplogénèse par inclusion (Geoffroy Saint-Hilaire), de l'hétéropie plastique de Lebert, quatre théories sont en présence pour expliquer le mode de développement, la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire ;

a) *La théorie de l'enclavement*, émise par Verneuil et non par Remack, comme le prétendent les Allemands, et qui explique merveilleusement les kystes dermoïdes de la peau, du sourcil et des régions branchiales, a été adoptée par beaucoup de chirurgiens et en particulier par Lannelongue pour les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Elle est cependant insuffisante, puisqu'elle n'explique pas tous les kystes dermoïdes en particulier de l'ovaire.

b) *La théorie de la « cellule nodale »* a été formulée par Bard, de Lyon (*Archives de physiologie*, 1890). L'originalité de cette hypothèse est défendue dans la thèse de son élève Trevoux (*Des tumeurs à tissus multiples*, thèse de Lyon, 1887-1888). Bard suppose la spécificité cellulaire, puisque les cellules des trois feuilletts viennent à leur origine de la cellule ovulaire, donc chaque cellule de l'ovule ou chacun de ses dérivés a la propriété de donner naissance à différents tissus. Dans l'évolution normale, ces cellules, que Bard appelle « cellules nodales », disparaissent en donnant naissance à d'autres cellules plus avancées dans la série et plus simples dans leurs propriétés.

Mais, qu'une de ces cellules vienne à s'arrêter dans son évolution, elle restera plongée au milieu d'éléments de constitution différente, et si un jour elle reprend son activité, ce sera pour produire des tissus divers dans l'organe où elle avait jusqu'alors habité.

Mais la cellule nodale n'est qu'une hypothèse, difficile à vérifier, et nous n'avons pas qualité pour l'élucider.

c) *La théorie de la « parthénogénèse »*, entrevue par

J. Geoffroy Saint-Hilaire, par Valdeyer, a été formulée par Mathias Duval (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 1884, et *Annales de gynécologie*, février 1885). Repin l'a défendue dans sa thèse « De l'origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire, Paris 1891 » et Max Wilms l'a étudiée dans plusieurs travaux très importants (*Deutsch Arch. für Klin Med.*, LV, p. 289). Cette théorie se base sur le pouvoir qu'a l'ovule de se développer, de se segmenter en dehors de toute fécondation. Cette évolution spontanée, cette reproduction asexuée n'est autre chose que la « parthénogénèse ». Elle explique comment les kystes dermoïdes s'observent surtout de vingt à trente-cinq ans, alors que l'ovaire et l'ovule sont en pleine activité.

Mais la théorie parthénogénétique, quelque séduisante qu'elle soit, se heurte à plusieurs objections. Elle n'explique pas l'existence possible des tératomes en dehors des glandes génitales.

d) A l'heure actuelle, une seule théorie semble pouvoir expliquer tous les cas de tumeurs tératoïdes et, par conséquent, des kystes dermoïdes de l'ovaire. C'est la « *théorie blastométrique* » issue des travaux de W. Roux.

Les blastomères sont les cellules primitives nées de la segmentation initiale de l'ovule. Lorsque l'évolution normale des cellules primitives de ces blastomères est troublée mécaniquement, on constate, suivant les conditions nouvelles dans lesquelles ils sont placés, que chacun de ces blastomères peut reproduire soit un embryon plus petit, soit un embryon incomplet, un véritable tératome.

Les tératomes de l'ovaire, les kystes dermoïdes seraient donc produits par le développement monstrueux d'un blastomère primitif, isolé dès les premiers stades

du développement de l'ovule et évoluant pour son propre compte.

Cette théorie, adoptée par Wilms, se rapproche singulièrement de l'ingénieuse conception de Bard, et répond à l'ensemble des objections adressées aux autres théories.

Il semble, après ce rapide exposé, que la théorie blastométrique la plus vraisemblable, la plus admissible, explique les faits les plus simples et les cas les plus compliqués. Elle a l'avantage de ramener tous les kystes de l'ovaire à une origine commune, ovulaire.

CHAPITRE II

Connexions et anatomie pathologique du pédicule du kyste de l'ovaire.

L'étude pathogénique de kystes qui vient d'être esquissée permet de se rendre compte d'un certain nombre de détails relatifs à l'origine, à la situation exacte du pédicule et à ses rapports avec les parties voisines, et avant tout avec l'ovaire.

Les kystes, qu'ils soient mucoïdes ou dermoïdes, se développent dans l'ovaire lui-même. A leur début, ils n'apparaissent que comme une saillie sur la surface de l'organe. Lorsqu'ils sont un peu plus gros, l'ovaire peut leur paraître encore accolé, mais, lorsqu'ils représentent un certain volume, l'ovaire comprimé, distendu, refoulé, disparaît complètement et il est souvent très difficile de le retrouver. Le kyste semble s'être substitué à lui.

Il est donc, comme l'ovaire, implanté sur le ligament large, au niveau de l'aileron postérieur, dans le voisinage de la trompe.

Le point d'implantation constitue le « pédicule ». Il sert à la fois de moyen de fixité et de moyen de nutrition.

Ce pédicule, presque toujours étroit, de longueur variable, est ordinairement constitué en dehors par la partie externe du ligament large, en dedans par le ligament de l'ovaire, et entre les deux par la trompe et son méso plus ou moins étiré. Généralement, une partie de la trompe s'applique sur la face superficielle de la tumeur; elle est distendue, amincie; d'autres fois elle est au contraire hypertrophiée et souvent kystique à son extrémité externe.

Dans quelques cas exceptionnels, la trompe ne participe pas à la formation du pédicule, elle n'est reliée au kyste que par des filaments fibrineux.

Les vaisseaux du pédicule ne sont que les vaisseaux de l'ovaire.

Les artères proviennent de l'utérine en dedans, en dehors de l'utéro-ovarienne; elles présentent une certaine orientation : les premières occupent le bord interne; les secondes le bord externe.

Dans les pédicules longs et grêles, les artères sont peu nombreuses, mais volumineuses et peuvent atteindre le calibre d'une plume de corbeau et même au-dessus; on observe la disposition inverse dans les pédicules courts et larges.

Les veines suivent le trajet des artères; elles sont plus volumineuses, il n'est pas rare d'en trouver qui ont la grosseur du petit doigt. Leurs parois sont épaissies au point que, sur la coupe, on les prendrait facilement pour des artères.

Une disposition anatomique intéressante et qui explique l'oblitération facile de ces derniers vaisseaux dans la torsion du pédicule, c'est l'adhérence intime de leur paroi externe avec les tissus voisins, qui les fait ressembler aux sinus de la dure-mère.

Les lymphatiques, injectés par de Synety, sont nombreux et se rendent dans le ligament large.

Regardée comme une rareté par Vercontre, l'existence des nerfs est admise par Hégar et Kaltenbach, qui affirment que tous les pédicules en possèdent un grand nombre; Schroeder en trouva un du volume du cubital, au niveau du coude.

Les vaisseaux et les nerfs sont reliés entre eux par du tissu conjonctif fibrillaire et quelquefois aussi par des fibres musculaires lisses; le tout est recouvert par le péritoine.

Ils ne sont pas d'ailleurs disséminés dans toute l'épaisseur du pédicule, ils occupent surtout le bord externe sous forme de faisceaux plexiformes, dans la région du ligament infundibulo-pelvien.

La forme du pédicule est variable : long ou court, large ou mince.

Sa longueur exagérée est souvent la conséquence des tiraillements exercés par le kyste.

L'épaisseur est due au nombre et au volume des vaisseaux et à la part que le ligament large prend à sa constitution.

Les gros pédicules appartiennent surtout aux kystes qui n'ont pas encore contracté des adhérences.

Nussbaum, Spencer Wells et Werth ont décrit des pédicules doubles. Cette disposition est due à ce qu'il se produit une sorte de clivage dans le ligament large distendu, entre le ligament de l'ovaire et la trompe ou bien entre ses deux ailerons et le ligament infundibulo-pelvien (Hegar et Kaltenbach).

CHAPITRE III

Physiologie pathologique.

La torsion détermine des lésions du pédicule, de la tumeur et du péritoine, mais elles sont différentes suivant que l'étranglement se produit brusquement ou lentement.

En réalité, la « torsion brusque » et la « torsion lente » ne sont là que des distinctions cliniques, qui correspondent à des accidents aigus ou des accidents chroniques. La torsion, au point de vue anatomique, est « complète » ou « incomplète ».

Torsion complète. — Cette torsion, ayant provoqué un arrêt immédiat de la circulation, il en résulte une anémie subite, une ischémie totale de la tumeur qui ne tarde pas à se sphacéler. La gangrène est souvent localisée dès le début dans un des points les moins vasculaires et quelquefois sur plusieurs simultanément.

Mais l'arrêt de la circulation ne doit pas se produire en même temps dans les artères et dans les veines; celles-ci, à cause de la minceur de leurs parois et de leur disposition en sinus, sont oblitérées plus tôt que les artères dont les parois sont résistantes.

La circulation en retour est abolie, tandis que le kyste reçoit encore le sang artériel. La suppression de la circulation veineuse d'une part et l'apport continu du sang rouge de l'autre produisent une augmentation considérable de pression dans les vaisseaux du pédicule; en nous rappelant leur friabilité, il est facile

de comprendre qu'il puisse se produire des ruptures veineuses et des hémorragies considérables dans l'épaisseur des parois du kyste qui peuvent être dissociées, dans sa cavité et même dans le péritoine, soit directement si l'hémorragie provient du pédicule, soit indirectement si la poche se rompt sous l'influence d'une distension sanguine trop rapide. Ces hémorragies peuvent être très considérables et amener la mort.

L'hémorragie intra-kystique produit un accroissement subit de la tumeur. Ce qui a une grande valeur pour le diagnostic. Quand il n'y a pas d'hémorragie ou qu'elle est insuffisante pour provoquer la mort, on voit survenir des modifications importantes du côté de la tumeur.

La torsion complète équivaut à une ligature en masse du pédicule; au-dessus de l'étranglement, il se produit un sillon d'élimination et, bientôt, le pédicule prend la coloration grisâtre, l'aspect feuille morte, caractéristique de la gangrène. Quand la constriction n'a pas été suffisante pour produire le sphacèle, on a toujours noté une grande friabilité des tissus du kyste.

Le kyste détaché de son pédicule et mobile dans la cavité abdominale, s'il n'existe pas d'adhérences antérieures lui permettant de se nourrir, se sphacèle le plus souvent et occasionne des accidents de septicémie ou de péritonite aiguë habituellement mortelle.

Toutefois, la gangrène de la tumeur détachée n'est pas absolument fatale, puisqu'il existe des cas heureux de kystes qui se sont atrophiés et ont diminué de volume par la résorption de leur contenu et la dégénérescence graisseuse de la paroi; d'autres fois, des adhérences se forment entre la poche et les organes voisins (épiploon, mésentère, intestin), des néoforma-

tions vasculaires se développent rapidement et sont bientôt suffisantes pour la nutrition. On observe au début, lors de la formation de ces adhérences, un temps d'arrêt de la tumeur qui augmente quand elles sont organisées. Le kyste se trouve alors muni de nouveaux pédicules, qui eux-mêmes ne sont pas à l'abri de la torsion (Spencer Wells, Koeberlé, Heurteaux, Chalot de Montpellier : « Kyste de l'ovaire transplanté : accidents du nouveau pédicule », *Annales de gynécologie*, 1887, et Terrillon ont cité des faits de ce genre).

Torsion incomplète. — Quand la torsion est incomplète, la gangrène et l'hémorragie sont plus rares.

Ce sont les phénomènes de stase veineuse qui dominent. La pression vasculaire est augmentée, mais si elle est habituellement insuffisante pour produire des hémorragies graves, elle peut déterminer une infiltration sanguine dans l'épaisseur des parois du kyste.

Il existe un œdème du pédicule et de la tumeur; le pédicule est violacé, parfois thrombosé. Le kyste, au lieu d'apparaître avec sa teinte gris bleuté, montre une paroi rouge brun, ocre, chocolat clair, avec des zones ecchymotiques violacées sombres, de l'infiltration hémorragique, des trainées noirâtres de thrombose veineuse, et son contenu est formé de liquide hématique brunâtre. Une transudation séreuse gonfle les parois et les dépôts fibrineux paraissent sur la face externe et favorisent la production des adhérences. Si la constriction survient très progressivement, la nutrition diminue de plus en plus et le kyste peut subir la dégénérescence graisseuse ou calcaire.

Il n'en est pas moins vrai que la terminaison par atrophie et la guérison est exceptionnelle. Le plus souvent, il se forme entre le kyste et les organes voisins

ou la paroi abdominale des adhérences, qui donnent quelquefois passage à des vaisseaux de nouvelle formation par l'intermédiaire desquels le kyste pourra continuer à se nourrir.

Cette perméabilité vasculaire dans l'intervalle des crises est due à une sorte de détente, elle résulte d'une adaptation du kyste à son nouveau régime circulatoire.

L'étranglement pédiculaire s'atténue par disparition de l'œdème et de l'infiltration hémorragique; la perméabilité vasculaire se rétablit; la tumeur alimentée périphériquement par ses adhérences s'accommode à cette circulation restreinte, jusqu'à la nouvelle crise.

Nombre de tours. — Lorsqu'il se tord, le pédicule fait en général deux ou trois tours sur lui-même; le nombre de tours varie de un demi à cinq ou six. Pour compter le nombre de tours, il suffit, comme le recommandent Koeberlé et L. Tait, de détordre le kyste avant la section du pédicule et de compter un tour chaque fois que l'on aura fait parcourir à la tumeur une circonférence complète.

La rotation se produit tantôt de dedans en dehors et tantôt de dehors en dedans.

Sens de la rotation. — Dans la plupart des cas observés, les tumeurs étaient situées du côté droit et dans une plus grande proportion la torsion s'était faite de gauche à droite, c'est-à-dire en prenant la colonne vertébrale comme point de départ; la torsion se portait vers le côté gauche, puis en avant vers la droite.

Dans la plupart des observations de Rokitansky et dans toutes celles de L. Tait, la torsion s'est faite de dedans en dehors, c'est-à-dire que la tumeur étant à gauche ou à droite, la moitié interne s'est portée

d'abord en avant, puis en dehors et en arrière.

Spencer Wells a observé des rotations de dehors en dehors, de dedans en dehors et même des rotations obliques en avant ou en arrière.

Enfin, Fischer fait de la torsion des kystes ovariens un mouvement identique à celui qui, d'après les lois de Goodsir, gouverne le développement de tous les organismes vivants. Tous les organes symétriques seraient doués d'un mouvement en spirale et le sens de la torsion serait dextrogyre pour les organes de droite.

Cette loi, d'ailleurs, est souvent en défaut et on a observé des cas où la torsion était inversée par rapport à cette formule.

La trompe participe souvent à la rotation; dans certains cas, cet organe est tellement étiré et tordu qu'il n'est pas plus volumineux qu'un fil.

Un des accidents les plus fâcheux, mais heureusement des plus rares, c'est « l'occlusion intestinale » qui a été signalée un certain nombre de fois. Elle se produit lorsque la tumeur, avant de se tordre, avait contracté des adhérences avec l'intestin et lui communique sa torsion ou bien lorsque le pédicule s'enroule autour d'une anse intestinale. Hardy, Ribbentropp, Rokitsky et Henry rapportent des exemples de cette complication, terminés par la mort.

La « thrombose » des veines du ligament large pouvant s'étendre jusqu'à la veine iliaque a été signalée (Fraenkel, Terrillon). La phlébite peut guérir et amener les accidents graves et souvent mortels de l'embolie pulmonaire.

Péritoine. — Lorsqu'il y a torsion brusque, hémorragie et rupture du kyste, on trouve dans la cavité péritonéale et en quantité variable, du liquide séreux,

gélatineux, du sang rouge ou de couleur chocolat, suivant que l'épanchement est récent ou ancien.

Dans cette rupture du kyste et surtout lorsqu'il y a sphacèle de la tumeur, il survient une péritonite aiguë rapidement mortelle.

La rupture du pédicule s'observe quelquefois en dehors de la torsion; la rupture pouvait se produire par simple élongation, par traction dans certains cas (Heurteaux) et même les adhérences (Terrillon) entourant le pédicule pouvaient l'enserrer jusqu'à le rompre.

Une fois son pédicule rompu, le kyste est exposé aux mêmes transformations qu'après la torsion; ou il se sphacèle, ou il s'atrophie, ou bien enfin il contracte des adhérences vasculaires qui serviront à sa nutrition.

CHAPITRE IV

Étiologie.

Il est de toute évidence que, si l'étude clinique est simple et claire à l'heure actuelle, l'étiologie de cette curieuse complication est des plus obscures. Après avoir passé rapidement en revue l'historique, la pathogénie et le développement des kystes, les connexions et l'anatomie pathologiques du pédicule, et la physiologie pathologique, nous insistons davantage sur les causes et conditions favorisantes de la torsion et sur son mode de production.

La nature du kyste de l'ovaire ne paraît avoir aucune influence sur la torsion du pédicule; « elle sur-

vient avec des tumeurs de toutes espèces, volumineuses, petites, lisses, globulaires, irrégulières, paraovariennes, ovariennes, dermoïdes, enfin avec des tumeurs fibreuses solides ». Pour qu'elle puisse se faire, il suffit que les tumeurs soient mobiles et aient un pédicule susceptible d'être tordu. Toutefois, Rokitansky et Ols-hausen admettent que, proportion gardée, les kystes dermoïdes fournissent le plus de cas de torsion du pédicule.

Causes prédisposantes. — Parmi les causes qui prédisposent à cette complication, la longueur et la gracilité du pédicule sont le plus souvent mentionnées; cependant, on l'observe aussi avec des pédicules courts et serrés, même avec des kystes sessiles et enclavés (Imbert. Quelques considérations sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, *Montpellier Médical*, 1892).

Ce n'est toutefois que par exception, et la minceur d'un pédicule, laissant à une tumeur toute liberté d'allure, l'expose bien plus à des changements de situation sous la moindre influence.

Le petit volume de la tumeur est une condition favorable pour la rotation axile, mais elle n'est pas absolue, puisqu'on a observé cet accident avec des kystes volumineux.

Egalement la forme arrondie et l'absence d'adhérences du kyste favorisent la torsion. Cependant, Rokitansky et Froenkel ont fait observer que, dans un petit nombre de cas, il y a d'abord production d'adhérences lâches d'un côté et que, plus tard, il se forme une torsion dans le sens opposé. Souvent la torsion se produit avec des tumeurs massives, pesant lourdement sur le pédicule d'attache ou avec des tumeurs

dont la densité n'est pas homogène, condition propice à des déséquilibres.

L'affaiblissement de la tonicité musculaire de la paroi abdominale permet la ptose et la rotation de la tumeur. Cette complication a été observée fréquemment chez les multipares à paroi musculaire faible (Thornton et Pfannenstiel).

Olshausen admet encore comme cause prédisposante une ascite abondante.

Causes déterminantes. — Plusieurs causes ont été invoquées comme déterminantes, ainsi les accroissements rapides et irréguliers qui augmentent vite une partie de la tumeur aux dépens de l'autre; ainsi les traumatismes, les contractions musculaires de l'abdomen, les inspirations profondes, les mouvements respiratoires énergiques. Dans ce cas, les intestins seraient susceptibles d'imprimer à la tumeur un mouvement de rotation en la pressant de haut en bas et de côté dans les grandes inspirations.

Egalement les mouvements brusques, l'effort que l'on fait pour soulever un fardeau (cas de Froenkel) peuvent déterminer la torsion. Elle se produit aussi pendant un examen de la malade, les changements de position, les explorations intempestives, dans les mouvements imprimés à la tumeur (Olshausen).

Dans plusieurs cas, la torsion a succédé de près à la « ponction ». Malius, Thornton, Schroeder et Péan en ont publié des observations. A la suite de la ponction, la paroi du kyste libre et revenue sur elle-même est, en effet, plus susceptible de se déplacer et le pédicule plus exposé à se contourner sous la moindre influence.

L'apparition d'une tumeur à côté du kyste ovarique,

le développement d'une grossesse en cours, peut faciliter et même produire la torsion. La tumeur ovarienne est alors déplacée, refoulée et la torsion s'opère.

Dans le cas d'une tumeur ovarienne bilatérale, la torsion semble favorisée par l'ascension abdominale d'une tumeur, l'autre restant intrapelvienne. Il est à souligner qu'il n'y a, jusqu'à présent, que quinze cas connus de torsion bilatérale du kyste ovarien.

La *grossesse concomitante* favorise la torsion pédiculaire d'un kyste (Olshausen, Thornton, Remy, Bouilly, Martin, Peuch). Dans le cas de grossesse survenant chez une femme déjà atteinte d'un kyste de l'ovaire, l'utérus augmente peu à peu de volume, franchit vers le troisième mois le détroit supérieur pour gagner la cavité abdominale. Le kyste se trouve repoussé en avant, en arrière ou latéralement, le pédicule s'étire, s'allonge et souvent s'infléchit; un degré de plus, et la rotation survient. Mais les accidents les plus fréquents apparaissent au moment du travail, surtout lorsque la tumeur occupe le petit bassin, la tête ou la partie fœtale qui constitue la présentation s'engage dans l'excavation et, poussée par les contractions utérines, refoule le kyste dont le pédicule peut se tordre.

Pendant la semaine qui suit l'accouchement, l'utérus diminue de volume et exerce une certaine traction sur le pédicule du kyste, qui, n'étant pas gêné, est devenu très mobile dans une cavité abdominale trop grande, dont la paroi antérieure est distendue et relâchée. Cette décompression abdominale qui suit l'évacuation utérine est favorable à la rotation pédiculaire.

La grande majorité des cas de torsion avec gravidité s'observe dans la première moitié de la grossesse (Wid-

mann : 78 p. 100). La torsion de la période du post-partum présente une fréquence de 22,7 p. 100 (Mc. Kerron).

Toutes ces causes apparentes ne se relient que par une condition commune : à savoir une modification de la statique et de la pression abdominale et de la position d'équilibre de la tumeur par rapport à son pied d'attache (Forgue).

Siège et fréquence de la torsion. — D'après Rokitsky, la torsion siègerait le plus souvent sur l'ovaire droit (six fois sur huit cas). L. Tait, sur dix cas de rotation axile, trouva neuf fois la torsion à droite et c'est à la suite de ces faits qu'il émit la théorie de la déplétion et de la réplétion du rectum.

Mais on ne peut pas admettre que la torsion du pédicule soit plus fréquente sur les kystes de l'ovaire droit que sur ceux de l'ovaire gauche.

Sur dix-neuf cas, Olshausen a observé quinze fois la torsion à gauche, sur sept cas, Froenkel l'a rencontré quatre fois de ce côté, sept fois sur neuf observations de Péan et deux fois sur trois cas de Mouis il s'agissait de kystes du côté gauche.

Rohring, Thornton, l'ont rencontrée également des deux côtés.

La fréquence de la torsion est assez grande, ce n'est pas un accident rare; il s'observe dans la proportion de 7 à 8 p. 100.

En effet, nous trouvons dans la statistique les chiffres suivants :

Rokitansky	58 kystes de l'ovaire	8 torsions	13 ‰
Schroeder	194 —	27 —	14 ‰
Spencer Wells.....	500 —	12 —	2,5 ‰
Thornton.....	400 —	34 —	8,5 ‰
Howitz	56 —	13 —	23,5 ‰
Olshausen	322 —	21 —	7 ‰
Péan	130 —	8 —	6 ‰
Terrillon	150 —	9 —	6 ‰

Parmi les statistiques qui accusent un pourcentage très élevé des torsions observées pendant les ovariotomies, nous trouvons :

Celles de Gelpke, 30 p. 100, de Thorn, 35 p. 100, de Freund, 37 p. 100, de Küstner et de Mickwitz, 47 p. 100 et de Czyzewicz, 50 p. 100.

Cet écart entre certaines statistiques est vraiment surprenant, cela est dû à ce que les premiers ovariotomistes n'intervenaient pas dans les cas compliqués avec réaction péritonéale et par conséquent ont observé un nombre plus restreint de torsions pédiculaires.

Egalement le degré de rotation n'étant pas fixé pour qu'il soit vraiment question de torsion pédiculaire, le chiffre des torsions vraies était grossi. Selon Freund, un pivotement au-dessous de 180°, n'entraînant aucun trouble circulatoire, n'est qu'un déplacement « physiologique ».

D'autre part, la proportion des torsions est plus grande en clientèle ouvrière, en raison des travaux de force favorables à cette complication, qu'en clientèle mondaine et oisive.

Il semble même que la torsion est plus rare de nos jours, sans doute parce que les opérations comportant moins de risques sont pratiquées plus hâtivement.

En présence de différences aussi considérables, la proportion nous paraît être de 7 à 9 p. 100, c'est le chiffre qu'admettent la plupart des auteurs.

Mode mécanique de production de la torsion.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer le mécanisme de la torsion, mais aucune n'a fait ses preuves.

La théorie de la migration de Freund attribue la torsion du pédicule à l'évolution même de la tumeur; au moment où, de pelvienne, elle devient abdominale, elle changerait d'orientation, en même temps qu'elle bascule autour d'un axe transversal passant par son pédicule. Il en résulte que les tumeurs pelviennes, qui sont en général rétro-utérines, deviennent anté-utérines en s'élevant dans l'abdomen. Ce mouvement de translation s'accompagnerait d'un mouvement de rotation.

Payr envisage le rôle des éléments vasculaires dans la production de la torsion. Cette torsion « hémodynamique » serait due aux vaisseaux du pédicule : les veines étant plus larges et plus dilatables que les artères, elles forment un arc dont la corde est constituée par l'artère. Il suffit d'une surdistension de l'arc-veineux pour qu'il se produise un mouvement d'enroulement autour de l'artère moins extensible, qui amorcerait la torsion sur l'axe vasculaire du pédicule.

Lawson Tait, ayant observé dans sa pratique neuf fois la rotation de gauche à droite sur dix cas, en rechercha l'explication.

Il admet l'influence de la distension et de l'évacuation alternative du rectum.

Cette cause agirait certainement plus sur les tumeurs qui occupent le côté droit que sur celles du côté gau-

che, car les premières sont fixées de façon que la force expulsive du rectum arrive dans la direction oblique exigée, dans le plan d'une hélice et presque à angle droit de l'axe du mouvement.

Si on admettait la théorie de Lawson Tait, la torsion des kystes devrait se produire dans la majorité des cas; or, il est loin d'en être ainsi. Cette théorie, donc, mérite un crédit limité.

Klob, Rokitansky, Pfannenstiel admettent l'influence de la réplétion et de la déplétion de la vessie; ces causes ne pourraient, en tout cas, agir que sur les kystes du petit bassin.

Forgue compare le kyste à un sphéroïde mobile sur lequel agissent deux forces : l'une antérieure représentée par une contraction brusque de la paroi abdominale, l'autre postéro-supérieure constituée par la résistance du diaphragme et de l'intestin, et toutes deux agissant selon un sens exactement diamétral. Mais, si ces forces suivent une direction oblique, ce sphéroïde, n'étant plus immobilisé par l'opposition des deux pressions, tournera sur son pédicule sous l'action d'une troisième poussée latérale.

Cette poussée latérale peut être représentée par la résistance d'un organe voisin, et, dans quelques cas, par une autre tumeur ou une grossesse concomitante.

En observant la fréquence relativement rare des kystes tordus, nous estimons que les contractions intestinales, les variations de remplissage et la topographie des anses grêles par rapport à la tumeur ont une influence réelle sur la rotation pédiculaire du kyste. Ces causes agiraient journellement sur le kyste en lui imprimant des légers mouvements de torsion et de détorsion. Il paraît logique et plus conforme au rôle étiologique des crises légères successives de torsion

d'admettre que le kyste se tord et se détord plusieurs fois dans la journée. Olshausen en a observé deux cas. Cette détorsion serait due à l'élasticité de la paroi du kyste et du pédicule et à la liberté relative de la tumeur. Que l'élasticité de la paroi diminue, que le kyste contracte ses adhérences viscérales, épiploïques, pariétales, intestinales, ou qu'une autre tumeur s'interpose dans la direction de la détorsion, le kyste, étant ainsi empêché de diminuer ses spires de rotation, restera définitivement tordu sur son pédicule.

Le problème consiste davantage à savoir pourquoi un kyste tordu ne se détord pas. Le mécanisme de la détorsion est, à l'heure actuelle, assez obscur et nous n'avons pas qualité pour l'élucider.

CHAPITRE V

Étude clinique.

Les symptômes et la marche de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire diffèrent suivant qu'elle se produit brusquement ou lentement.

Torsion brusque. — L'étranglement subit du pédicule s'annonce par un ensemble de symptômes graves. Tout à coup, sans cause appréciable ou à l'occasion d'un mouvement, d'un saut, d'une exploration, etc..., la malade éprouve dans le bas-ventre une sensation de déplacement, de déchirement interne, qui s'accompagne immédiatement d'une douleur violente, syncopale.

Cette douleur localisée d'abord au niveau de la tumeur et même du pédicule, dans une fosse iliaque, s'irradie vers la région lombaire du même côté, la cuisse correspondante et, bientôt, se généralise à tout l'abdomen.

En même temps, la malade ressent un malaise inexprimable, elle est en proie à une anxiété extrême. La respiration saccadée, accélérée, courte, prend le type costal supérieur. Le pouls, fréquent, petit, filiforme, atteint souvent, sans qu'il y ait de la fièvre, 100-110 pulsations et même davantage, de sorte qu'il existe une discordance entre le pouls et la température qui est normale. Le facies est grippé, la peau se couvre de sueurs froides; des nausées, des vomissements muqueux, bilieux et quelquefois fécaloïdes, sans que l'intestin soit pris dans la torsion, météorisme, arrêt des gaz et des matières, viennent, avec une fréquence variable selon la gravité des cas, compléter ce tableau symptomatique si impressionnant, rappelant celui qui accompagne les plus violentes crises néphrétiques ou hépatiques.

La tumeur auparavant mobile est devenue fixe et a notablement augmenté de tension et de volume.

Parfois, on constate un souffle systolique perçu à l'auscultation au niveau du pédicule et l'ondulation en masse de la tumeur, synchrone de la pulsation artérielle (Mouls). Tous les symptômes généraux du début doivent être attribués uniquement à la torsion et ne dépendent nullement de la péritonite qui n'existe pas encore.

Quelques heures se passent, et les symptômes, loin de se calmer, ne font que s'accroître; puis, bientôt, vont paraître des signes de réaction péritonéale, douleur vague et diffuse, ballonnement du ventre, cons-

tipation; vomissements verts, la température s'élève, le pouls s'accélère; et, en quelques jours, si l'on n'intervient pas, la septicémie péritonéale peut emporter la malade.

Ainsi évolue dans sa forme la plus grave la torsion du pédicule répondant à ce qu'on a appelé la forme brusque : c'est un étranglement complet; le kyste est séparé de la circulation et, en quelques jours, la péritonite est le dénouement de cette évolution tragique.

Mais comment se fait-il que cet accident puisse amener un ensemble symptomatique de cette importance? On sait que l'irritation subite des organes de l'abdomen, tributaires du plexus solaire, suffit à provoquer par ordre réflexe des symptômes généraux, alors que des lésions profondes, à évolution lente, n'ont produit aucun retentissement.

Les nerfs que possèdent les kystes, ayant leur origine dans ce plexus, leur excitation explique suffisamment ces phénomènes. Ils peuvent être attribués au péritonisme que Gubler a défini : « L'ensemble de phénomènes graves, souvent mortels, qui viennent compliquer la péritonite ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine. Toute circonstance, capable d'émouvoir fortement la sensibilité du péritoine, peut devenir une cause de perturbation générale pour le système nerveux sympathique : alors, on observe le facies grippé, le pouls fréquent, filiforme, la respiration fréquente, les vomissements ».

En clinique, nous voyons des symptômes analogues aux premiers accidents de la torsion, dans l'ovariotomie, l'hystérectomie et les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux de la femme. Ces accidents réflexes, ces oscillations du pouls, ce manque de parallélisme entre la marche de la température et celle

du pòuls, peuvent être rattachés à la constriction et aux tiraillements que le pédicule subit pendant la rotation.

Dans la rotation axile, il existe aussi une irritation, un tiraillement, qui s'exerce sur les nerfs du ligament large.

Mais ces accidents de péritonisme peuvent s'accompagner en quelques heures ou dans les 48 heures d'une complication qui est souvent mortelle : l'hémorragie.

On reconnaît cette complication aux signes de l'hémorragie interne : pâleur des téguments, refroidissement du corps et surtout des extrémités, pòuls petit, filiforme, irrégulier, bientôt convulsions et syncope finale.

Souvent, l'hémorragie intra-kystique s'accompagne de perforation de la poche et d'épanchement dans la cavité abdominale. Ordinairement, d'après Schanta, Martin et Pfannenstiel, la torsion pédiculaire s'accompagne de métrorragies. Quand l'épanchement sanguin se produit dans la cavité du kyste sans amener la rupture, on observe une augmentation considérable du volume de la tumeur. Dans certains cas, on ne constate qu'une anémie profonde, et l'intervention chirurgicale peut être tentée avec succès.

Quand l'étranglement est brusque, s'il n'y a pas eu d'hémorragie ou si elle a été peu abondante, on voit bientôt apparaître des complications, qui sont dues à la gangrène du kyste et à la réaction du péritoine.

La « rupture » de la poche kystique se produit quelquefois et peut se reconnaître à l'affaissement subit de la tumeur. Généralement, une péritonite aiguë survient après la torsion du pédicule et entraîne la mort. Dans quelques cas exceptionnels, le kyste non sphacélé ne tarde pas à se détacher de son pédicule. Libre dans

l'abdomen, il arrive en contact avec des organes auxquels il est bientôt uni par des adhérences qui deviennent vasculaires et lui fournissent des éléments nécessaires à sa nutrition et à son développement.

Très rarement, le kyste détaché se comporte dans la cavité péritonéale comme un corps aseptique, sans provoquer de réaction inflammatoire, et guérit par atrophie.

Torsion lente. — Toute autre est l'évolution de la forme lente, c'est-à-dire des cas répondant anatomiquement à un étranglement incomplet.

Une première crise douloureuse, bruyante, rappelle avec moins d'intensité le début de l'étranglement complet; mais les phénomènes menaçants du début diminuent peu à peu d'intensité et l'on voit bientôt survenir les symptômes d'une péritonite localisée. Les adhérences s'établissent entre la tumeur et les organes voisins (intestin, épiploon, paroi abdominale). Le kyste présente alors une évolution variable; si l'apport sanguin fourni par les adhérences est insuffisant, il s'atrophie et subit la dégénérescence graisseuse ou calcaire; si la nutrition est suffisante, après un temps d'arrêt, la tumeur continue à augmenter de volume. Dès lors, par suite de la péritonite chronique, la malade dépérit peu à peu, souffre par intervalles de douleurs qui lui permettent de se lever, ou l'obligent à garder le repos au lit.

L'ascite survient quelquefois et certaines femmes prennent un facies terreux jaunâtre, qui peut faire craindre la transformation maligne de la tumeur ovarienne.

Plus tard, de nouvelles crises se reproduisent avec les mêmes caractères, la même brusquerie dans le dé-

but et la disparition. Tantôt elles se répètent à chaque époque menstruelle et paraissent dues à l'afflux sanguin qui accompagne les règles, tantôt les poussées péritonitiques se reproduisent à longue distance et à des intervalles très irréguliers. Chacune de ces poussées est plus intense et plus durable que la première.

Ces faits sont susceptibles de deux interprétations : ou bien la torsion pédiculaire disparaît après chaque crise pour se reproduire au moment de la crise suivante, ou bien, au contraire, la torsion ne ferait que s'augmenter par poussées successives, au moment de chaque période d'accidents.

Dans l'intervalle des crises, le kyste s'adapte à son nouveau régime circulatoire. L'étranglement pédiculaire atténué par disparition de l'œdème et de l'infiltration hémorragique, la perméabilité vasculaire se rétablit, la tumeur, alimentée périphériquement par ses adhérences, s'accommode à cette circulation restreinte, jusqu'à la nouvelle crise.

Egalement, l'apparition des crises douloureuses à chaque époque menstruelle donne lieu à deux hypothèses suivantes : chaque flux menstruel, par suite de la congestion (la torsion existant déjà), produirait une recrudescence de douleur et pourrait augmenter la rotation ; ou bien la torsion se produirait à chaque époque menstruelle et puis le kyste reprendrait sa position normale.

Torsion très lente. — Il existe des torsions du pédicule, qui ne produisent aucun accident et qu'on ne reconnaît que pendant l'opération.

Dans le cas d'étranglement intestinal, les phénomènes de l'obstruction se joignent à ceux de la torsion du pédicule.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

La torsion pédiculaire, comme tous les autres accidents et complications des kystes de l'ovaire, doit être reconnue et reconnue immédiatement, car de son diagnostic précoce dépend la conduite à tenir et souvent la vie de la malade.

Deux cas peuvent se présenter : le médecin connaît la malade; il la voit pour la première fois.

Premier cas. — Le médecin, appelé auprès d'une malade qu'il sait atteinte d'une tumeur de l'ovaire et qui présente les accidents que nous avons énumérés, pourra faire le diagnostic de torsion du pédicule. Néanmoins, il ne faut pas ignorer que d'éminents chirurgiens ont méconnu cet accident.

On doit penser à cette complication, quand la malade raconte qu'à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un saut, ou bien au moment de l'accouchement, elle a éprouvé une sensation de déplacement de la tumeur et une douleur violente accompagnée de vomissements. Outre les accidents de péritonisme, on peut constater deux modifications importantes de la tumeur, une immobilité absolue, une « fixité » de son attitude, une exagération de son volume.

Mouls a signalé l'existence, au niveau du pédicule, d'un souffle systolique perceptible à l'auscultation, et, au niveau de la tumeur, une ondulation en masse, synchrone de la pulsation artérielle.

On pourrait confondre la torsion suivie d'accidents avec la rupture du kyste, mais, dans ce dernier cas, on observe l'affaissement de la tumeur et, dans le premier, son augmentation de volume.

On se trouve en présence d'accidents péritonéaux plus ou moins graves. Parfois, la rupture ne provoque pas d'autres accidents qu'une ascite plus ou moins abondante; on ne sent plus la poche, la sonorité s'est déplacée des flancs qui restent mats à la percussion.

L'erreur que l'on pourrait commettre en prenant la torsion pour la rupture ou la rupture pour la torsion, n'a d'ailleurs aucune importance, puisque, dans les deux cas, la laparotomie s'impose.

L'infection et la suppuration du kyste s'accompagnent d'une élévation de température qui n'est généralement pas très accentuée, mais constante, tenace. L'état général s'altère, parfois des poussées plus aiguës, qui s'accompagnent de douleurs et d'un certain retentissement péritonéal, viennent aggraver la situation. On voit encore quelquefois survenir une péritonite suraiguë qui emporte brusquement la malade à la suite de la rupture du kyste et de cette inondation purulente intrapéritonéale.

Mais c'est en somme l'apparition et la persistance de la fièvre, avec l'augmentation de la sensibilité de la tumeur, qui, chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire, permettent de reconnaître et parfois d'affirmer la suppuration.

Deuxième cas. — Toutes autres sont les difficultés avec lesquelles le médecin se trouve aux prises, lorsqu'il voit pour la première fois une femme qui se plaint de douleurs violentes dans le bas-ventre, survenues brusquement, qui présente les symptômes d'hé-

morragie interne, de péritonite aiguë ou de septicémie; le diagnostic sera beaucoup plus épineux, surtout si la malade raconte qu'elle n'a rien éprouvé d'anormal jusqu'alors, ni constaté l'augmentation graduelle du ventre, ce qui arrive pour les kystes peu volumineux du petit bassin; la torsion est alors le signe révélateur d'un kyste de l'ovaire jusque là méconnu.

Dans ces cas difficiles, deux questions doivent être posées :

1^o Existe-t-il un kyste de l'ovaire?

2^o Le kyste est reconnu, c'est lui qui est la cause des accidents, y a-t-il rupture du kyste ou torsion du pédicule?

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel du kyste de l'ovaire avec les autres tumeurs de l'abdomen.

Mais quand la malade présente à la fois un kyste de l'ovaire et les accidents que nous avons signalés, on pourrait confondre la torsion du kyste avec l'étranglement interne. Au début, les symptômes sont les mêmes : douleur subite, violente, vomissements muqueux; mais, après quelques temps, le ballonnement considérable du ventre, la fréquence des vomissements qui deviennent fécaloïdes, la constipation absolue et l'absence d'émission de gaz par le rectum, permettent de faire le diagnostic d'étranglement interne.

La torsion d'un kyste du petit bassin survenant au moment des règles présente d'abord les mêmes symptômes subjectifs que l'hématocèle péri-utérine, douleurs vives, subites, à tendance syncopale, pouls petit,

filiforme, etc..., mais la tumeur formée par l'hématocèle est rarement limitable comme un kyste ovarique, sa consistance est élastique, fluctuante dans certains cas, puis, au bout de deux ou trois semaines, elle devient compacte et pâteuse; tous ces caractères permettent généralement de faire le diagnostic différentiel de l'hématocèle et de la torsion du kyste sans complication. Toutefois, si le kyste s'est rompu et a produit une hémorragie, il est presque impossible de ne pas commettre une erreur.

Nous ne parlerons pas de la perforation brusque de l'intestin au-dessus d'un néoplasme, d'un cancer du rectum, par exemple, ni de la perforation consécutive à la typhlite, ni de la hernie étranglée, affections qui s'accompagnent d'autres symptômes permettant habituellement le diagnostic.

Le point de départ de tous ces accidents est le kyste de l'ovaire. Devons-nous les rapporter à la rupture, à l'étranglement du pédicule par les brides fibreuses ou à la torsion du pédicule?

Sans parler de la rupture du kyste consécutive à la torsion du pédicule, on reconnaîtra cette complication à l'affaissement de la tumeur et à l'apparition subite d'une péritonite aiguë.

On devra penser encore à l'étranglement du pédicule par des brides fibreuses, mais tous les auteurs reconnaissent ce diagnostic comme impossible.

Toutes ces causes éliminées, nous n'avons affaire qu'à la torsion du pédicule.

Existe-t-il des signes permettant de diagnostiquer la rotation axiale?

On doit se fonder, pour le diagnostic (L. Tait, Terrillon), sur la douleur brusque localisée au début sur un côté de l'utérus, sur l'augmentation de volume et

de tension du kyste qui est devenu fixe; sur le bruit du souffle possible qui existe au niveau du pédicule, et sur le choc systolique qui se communique à toute la tumeur et lui imprime des ondulations (Mouls).

La torsion du pédicule provoque parfois la rupture du kyste que l'on reconnaît à l'affaissement de la tumeur et à l'apparition brusque d'une péritonite aiguë. Si le kyste s'est détaché de son pédicule, on pourra constater une mobilité plus ou moins grande de la tumeur, variable suivant le nombre des adhérences.

Les symptômes du début de la torsion lente sont les mêmes que ceux de la torsion brusque, mais atténués; la rupture et la gangrène ne surviennent pas. La tumeur est moins mobile, augmentée de volume et plus tendue.

Dans la torsion, l'intensité des douleurs, la brusquerie des accidents éveillent bien plutôt l'idée d'une colique néphrétique ou hépatique, d'une occlusion intestinale, d'un volvulus, d'une rupture de grossesse tubaire, d'une perforation gastrique, d'une péritonite.

Seule l'exploration de l'abdomen, le palper combiné au toucher, permettront de constater une tumeur présentant les caractères d'un kyste ovarique, d'ailleurs fort difficile à apprécier dans ces conditions, ce qui pourra permettre de porter un diagnostic exact sur la cause des accidents et éviter une erreur lourde en conséquences.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Autrefois, la torsion pédiculaire du kyste de l'ovaire se terminait presque invariablement par la mort, à la suite des complications et des accidents que nous avons énumérés plus haut. Aujourd'hui, ce pronostic est changé du tout au tout, et l'on peut presque dire que toute torsion pédiculaire reconnue précocement doit se terminer par la guérison, à condition, cependant, qu'elle soit opérée d'assez bonne heure, mais c'est là une condition absolue.

Le pronostic est très variable suivant que la torsion est brusque ou lente.

On peut diviser les éléments de pronostic de cette complication en trois degrés :

I. — *Cas dans lesquels la torsion n'a produit aucun accident ou des accidents très légers.*

a) Quand la torsion s'est faite lentement, la circulation diminue peu à peu, le kyste, privé graduellement de moyens de nutrition, diminue de volume, subit la dégénérescence graisseuse ou calcaire et la guérison survient par atrophie.

Cette terminaison favorable, observée principalement pour les kystes de petit volume, a été quelquefois signalée pour les tumeurs volumineuses;

b) La malade a présenté quelques douleurs, un peu de ballonnement du ventre, puis, la tumeur a suivi la même marche régressive que dans la catégorie précédente.

II. — *Cas dans lesquels se produisent des phénomènes graves au début, mais durant peu de temps et diminuant ensuite.*

Les symptômes graves du début, douleurs violentes, vomissements, se calment peu à peu et bientôt apparaissent les signes d'une péritonite localisée. Les adhérences, parfois très étendues et très vasculaires, s'établissent entre la paroi du kyste et les organes voisins et rendent, dans la suite, l'ovariotomie longue et laborieuse. Une femme atteinte de torsion du pédicule et d'adhérences péritonéales, si l'opération n'est pas pratiquée, ne tarde pas à tomber dans la cachexie et le marasme, à tel point qu'on a craint quelquefois la transformation maligne de la tumeur.

III. — *Cas dans lesquels l'étranglement rapide s'accompagne des phénomènes de péritonite aiguë.*

La mort est arrivée quelquefois très rapidement par hémorragie et anémie aiguë.

La septicémie et la péritonite aiguë, consécutives à la rupture ou à la gangrène du kyste, peuvent amener la terminaison fatale, en quelques jours, si le chirurgien n'intervient pas hâtivement.

La grossesse et la puerpéralité coïncidant avec la torsion du pédicule sont de nature à assombrir le pronostic.

La gravité de la torsion pédiculaire, comme de

toute autre complication du kyste, ne diffère pas de ce qu'elle est en dehors de la grossesse.

L'avènement de l'antisepsie, l'amélioration de la technique opératoire, l'introduction dans la thérapeutique de la dystocie par tumeurs pelviennes des méthodes chirurgicales, qui, de nos jours, tendent de plus en plus à se substituer aux manœuvres dangereuses auxquelles l'accoucheur se résignait jadis, devaient heureusement modifier le pronostic, au demeurant très sombre, de l'accouchement compliqué par les tumeurs ovariennes.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question sont partisans de l'ovariotomie et de l'intervention précoce dans la torsion du pédicule; les chances de succès seront d'autant plus grandes que l'opération sera plus tôt faite. On pourrait ainsi prévenir quelquefois les accidents graves : hémorragie, gangrène, rupture du kyste, péritonite aiguë.

L'apparition de quelque une de ces complications ne doit pas contre-indiquer l'opération, mais la faire hâter au contraire.

L'ovariotomie, en supprimant le foyer d'infection, peut rapidement faire disparaître les accidents de péritonite ou de septicémie; la température, qui était élevée, redevient normale, le lendemain de l'opération ou les jours suivants,

Quelquefois cependant, l'état d'intoxication était si avancé que la malade succomba tout de même avec des accidents de septicémie malgré l'asepsie parfaite de l'opération.

Comme la torsion, la rupture, l'hémorragie, la suppuration sont autant de circonstances qui forcent la main au chirurgien et l'obligent à opérer dans le plus bref délai. Ce sont des indications d'urgence.

Dans les cas de torsion lente, sans que les indications opératoires soient aussi urgentes, il faut néanmoins intervenir le plus tôt possible, pour empêcher la production d'adhérences qui compliquent toujours l'ovariotomie.

Quand la torsion du pédicule apparaît au cours de la gestation, la nécessité de l'intervention est encore plus pressante, car il y a ici deux vies à sauvegarder, celle de la mère et celle de l'enfant.

Nous n'insisterons pas sur ce point, actuellement incontesté. La difficulté de poser un diagnostic exact dans certains cas n'est pas à retenir, la laparotomie devant être exécutée d'urgence, même en cas de doute sur la nature des accidents abdominaux.

L'opération, surtout si elle est faite avant le cinquième mois, est très bénigne, et il n'est plus permis aujourd'hui de la différer.

Pendant le travail, si la torsion n'a pas provoqué de graves accidents, la ponction du kyste par le vagin pourrait être tentée. Le kyste s'aplatit, l'enfant passe, et ultérieurement on avise. Mais encore faut-il que le kyste soit accessible, et que cette ponction ne soit pas faite aveuglément. La conduite la meilleure à tenir est encore la laparotomie qui permet d'enlever la tumeur et de laisser alors l'accouchement se terminer naturellement. Si la tumeur enclavée n'est pas extir-

pable, la laparotomie permet encore d'extraire l'enfant par l'opération césarienne, et, immédiatement après, dès que l'utérus suturé est revenu sur lui-même, le kyste qu'on peut alors désenclaver.

L'ovariotomie, autrefois si meurtrière, est une des opérations abdominales qui donnent les meilleurs résultats. Dans les cas simples, on peut dire que la mortalité est à peu près nulle, mais, comme les cas ne sont pas toujours simples, comme il y a des kystes tordus, inclus, adhérents, suppurés, nous pensons, après avoir comparé plusieurs statistiques connues, que la mortalité globale de cette opération, comme celle des autres interventions sur les annexes, peut être actuellement évaluée à 3 % ou à peu près.

Les accidents éloignés sont en général nuls, si un des ovaires a été laissé en place. Si les deux ovaires ont été sacrifiés, comme il arrive souvent, le second ovaire étant quelque peu kystique, il peut y avoir quelques troubles, poussées congestives, bouffées de chaleur, phénomènes divers qui incommode plus ou moins les malades, et qu'un traitement opothérapique bien conduit atténuera d'ailleurs souvent dans de grandes proportions.

Actuellement, il n'est pas d'opération plus universellement pratiquée et sur laquelle se fasse plus complètement l'accord de tous les chirurgiens.

CONCLUSIONS

1° La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est assez fréquente, 7 à 9 p. 100.

2° Un effort, grossesse concômîtante, longueur et minceur exagérée du pédicule, sont les causes habituelles de cet accident.

3° La torsion peut se faire par crises successives répétées à des intervalles plus ou moins éloignés;

4° La torsion peut être brusque ou lente.

Les symptômes sont identiques dans les deux cas, accentués dans les premiers, atténués dans les seconds.

Torsion *brusque* : Phénomènes aigus, hémorragie plus ou moins abondante, rupture du kyste, chute de la tumeur dans l'abdomen après gangrène du pédicule, sphacèle de la tumeur, péritonite suraiguë, septicémie.

Torsion *lente* : Accidents légers, le kyste évolue ou s'atrophie.

5° La torsion peut disparaître; cette éventualité est très rare; en général, la torsion persiste.

6° La torsion du pédicule peut être confondue avec les diverses affections donnant lieu à des crises douloureuses abdominales aiguës.

7° Le pronostic est très grave dans la torsion brusque compliquée.

8° La torsion pédiculaire du kyste de l'ovaire est une indication formelle à l'intervention chirurgicale.

Si le diagnostic est hésitant, la laparotomie exploratrice doit être tentée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERTIN. — *Lyon Médical*, 1905.
- ALFONS MUNO JERRO, LOPEZ MALLA, J. FERNANDEZ. — Un caso de quisto ovarico con torsion de pediculo en una nina de cinco anos (*Arch. espan. de pediat.* 19 : 449-445 aug. 1935).
- ARMAND (L.). — Contribution à l'étude de la torsion des pédicules des kystes des ovaires (pathogénie et diagnostic) (Thèse de Montpellier, 1910-1911, N° 71).
- ASTRUC (A.). — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (observations inédites) (Thèse de Montpellier, 1894-1895, N° 29).
- AUBRY (G.). — Contribution à l'étude de la torsion pédiculaire des kystes ovariens (Thèse de Paris, 1900, 79 p., N° 120).
- BARON (P.). — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1897-1898, N° 506).
- BASTIAN (J.). — De la torsion du pédicule dans les tumeurs solides de l'ovaire (*Revue med. de la Suisse romande*, 1908).
- BENARD (E.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1897-1898, N° 379).
- BESSON. — *Journ. des sciences med. de Lille*, 11 juillet 1903.
- BOURSIER. — De quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (VI^{me} Congrès français de chirurgie, 1892, p. 316).
- BOVIS (DE). — Accidents d'auto-intoxication consécutifs à la gangrène des tumeurs ovariennes par torsion du pédicule (*Semaine médicale*, juin 1912, p. 301).

- BROSE. — Demonstration von Einem Ovarialtumor (*Zeitsch f. Geburstsch u. gynakol.*, 1905, L. IV. 1).
- CABANES (P.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (Thèse de Montpellier, 1913, N° 55).
- CATHELIN. — De la torsion des hydrosalpinx (*Revue de chirurgie*, N° 2, fév. 1901, p. 253 et N° 3, mars 1901, p. 406).
- CHALOT. — Kyste de l'ovaire transplanté, accidents du nouveau pédicule (*Ann. de Gynecol.*, 1887, t. XXVII, p. 161).
- CHARPENTIER. — Accouchements (t. II, p. 299).
- CHAPUT. — *Revue de gynec. et chirur. abdom.*, 1906.
- COIGNERAI (H.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire (Thèse de Paris, 1901-1902).
- DANIEL. — Les hémorragies des kystes tordus de l'ovaire (*Rev. de Chirur.*, 1905, p. 479).
- ESTOR. — Revue générale. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (*Nouveau Montpellier Médical*, 1904, t. II, p. 593-628). (*Nouveau Montpellier Médical*, 1905, t. I, p. 5-36).
- FAURE (J.-L.) ET SIREDEY (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FAZENILLE. — Contribution à l'étude des kystes para-ovariens et à leur torsion de leur pédicule (Thèse de Bordeaux, 1925-1926).
- FINAZ (A.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (Thèse de Lyon, 1897-1898, N° 100).
- FORGUE (E.). — Quelques précisions concernant la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire (*Paris Médical*, I. 1927, 18 juin, p. 576-582).
- FREUND. — Der gewöhnliche und ungewöhnliche wanderungsmechanismus wachsender Eierstockgeschwülse (*Wolkman's Sanunburg Klin Vortrage*, p. 361-362).
- GANGOLPHE. — *Bull. de la soc. de chirur. de Lyon*, 1897-1898.

- GARNI. — Deux cas de torsion bilatérale de pédicules des kystes ovariens (*Rev. med. de la Suisse romande*, septembre 1913, p. 703).
- GAZNE. — La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (*La consultation*, septembre 1927, N° 23, p. 166).
- GOLDSCHMANN. — Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire à pédicule tordu (Thèse Paris, 1909).
- GOSSET ET RAYMOND. — *Ann. de gynec. et d'obst.*, juillet 1899.
- GUICHARD (P.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse Lyon, 1894-1895).
- HAINES (C.), W. S. EDGERLY. — Torsion of pedicle of ovarian cyst in young girl (*M. Rec.*, 144 : 121-125, 5 aug. 1936).
- HARTMANN. — Soc. obst. gyn. ped. Paris, 1900, rap. in *Ann. gyn. et obst.* avril 1900.
- HELVESTURE. — Torsion of the pedicle of ovarian cysts (*An. J. obst. gyn.*, 1925, p. 259).
- HÖHNE. — Résorption des toxines en provenance de la cavité péritonéale et de la nervure intrapéritonéale (*Sem. medic.*, 1912, p. 302).
- HUE (F.), (de Rouen). — Kystes dermoïdes des deux ovaires, l'un à pédicule tordu (Congrès national, rap. in *An. Gyn.*, 1904).
- JOLLY. — Sur le mécanisme de la torsion du pédicule dans les tumeurs ovariennes (*Zeitschr. K. Gebu. u. gyn.*, 1907, 87).
- KISSELOFF (G.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1896-1897, N° 233).
- KLEIN. — Kyste de l'ovaire, torsion du pédicule (*Soc. obst. et gynec.*, 1924, p. 127).
- KOUTODINA. — Trois cas de torsion du pédicule de kyste de droite pris pour des appendicites (*Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, N° 1, 19 janvier 1929, p. 11).

- LATIFUREAU ET GINBERG. — Un cas de torsion de la trompe autour du pédicule d'un kyste juxta-ovarien (Société franç. de gynéc., janvier 1935, in *Rev. franç. de gynec. et d'obst.*, N° 3, mars 1935).
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1879.
- LEGUEU. — *Presse médicale*, 20 janvier 1902.
- LERIVRAIN. — Thèse de Paris, 1903.
- LESOURD. — Diagnostic des kystes dermoïdes des ovaires (Thèse de Paris, 1893).
- MACHARD. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une jeune fille de 14 ans. — Torsion du pédicule, occlusion intestinale (*Rev. medic. de la Suisse romande*, 1901, octobre).
- MASSABUAU. — *Montpellier médical*, 1907, N° 16.
- MONOD. — Double kyste de l'ovaire à pédicule plusieurs fois tordu rappelant l'appendicite (*Journ. Med. de Bordeaux*, 17 février 1901).
- MOULS (C.). — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1889-1890, N° 152).
- MUTHON (J.). — De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1896-1897, N° 255).
- NIOT. — Torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit, diagnostic avec l'appendicite (Thèse de Paris, 1901).
- OLIVIER. LENOIR. — Comm. à la Soc. de l'internat. rap. in *Ann. gyn. et Obst.* 1906.
- OLSHAUSEN. — Handb. der Frauenkrankh. de Billroth, 1877.
- PANNOT ET VANVERTS. — *Echo medic. du Nord*, 1912.
- PARCIVIN-GLORIS. — Quelques nouveaux cas de torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire (Thèse de Bâle, 1900).
- PARIZOT (P.). — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse de Paris, 1885-1886, N° 210).
- POZZI (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire (4^{me} édition, t. II, p. 957, 964 et 1010).

- POZZI (Ernesto). — Quiste del para-ovario con torsion del pediculo (Sociedad de cirugía de Buenos-Aires, session del 6 de noviembre de 1929).
- PSOLTOFF (de Smyrne). — Congrès de Budapest, 1909, torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, torsion et grossesse.
- PUECH. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1904, t. I, p. 131.
- PUECH ET VANVERTS. — Tumeurs de l'ovaire et grossesse (*Ann. de gynec. et d'obst.*, 1913, p. 222).
- QUENU (J.). — Kystes de l'ovaire à pédicule tordu (*Bull. med. suppl.* au N° 49, 3 décembre 1932).
- DE QUERVAIN (F.). — Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite (*Rev. med. de la Suisse romande*, juillet 1913, p. 520).
- RIOMS. — Torsion du pédicule des kystes para-ovariens (Thèse de Bordeaux, 1906).
- ROBIUS (C.-R.). — Ovarian cyst with torsion of pedicle case in woman, 77 years of age (*South. med. Surg.*, 97, 549-551, octobre 1935).
- ROKITANSKY. — Über die strangulation von ovarial tumoren durch achsendrehung. (*Zeitsch de K. U. Geselbsch der Aerzte*, Vienne, 1865).
- ROUVILLE (DE). — Deux cas de pyosalpinx iliaques des salpingites hautes et en particulier des sigmoïdes-annexites (*Montpellier Médical*, 1913, t. II).
- SAIDL (G.). — Abnormal pseudo-mucinous cyst of ovary, with torsion of extupated pedicla in diabetic patient (*Casop. lek. cesk.*, 71, 793-795, 17 juin 1932).
- SAUSON. — Torsion du pédicule des tumeurs liquides de l'ovaire (Thèse Paris, 1905).
- SEVENS (H.-E.-J.). — Contribution à l'étude des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (formes cliniques) [Thèse de Bordeaux, 1896-1897, N° 63].
- SIKORA. — *Presse medic.*, 1903, N° 69, p. 613.
- SIRIDEY (A.) ET J.-L. FAURE. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

- SOUBEYRAN ET RIVES. — *Montpellier médical*, N° 17, 1911.
- SPENCER WELLS. — *Traité des maladies des ovaires*, 1873.
- TARDIF. — Des complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse (Thèse Paris, 1906).
- TERRILLON (O.). — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (*Rev. de chirurg.*, 1887, p. 245). — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889.
- TORRES. — Quiste del ovario, torsion de pediculo (*Semana med.*, 1926, p. 1054).
- VINCENT. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et rompu (*Lyon med.*, 10 février 1901).
- VOITURIEZ. — *Journ. des sciences med. de Lille*, 11 juillet 1903.
- WARNEK. — Soc. gyn. et obst. de Saint-Pétersbourg (*Ann. gyn. et obst.*, 1894).
- WILLIAMS. — *West London Med. journ.*, juillet 1897.
- WILSON (Th.). — Soc. obst. de Londres, 5 mai 1897 et *Brit. Journal*, 15 mai 1897.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION.....	12
OBSERVATIONS.....	13
HISTORIQUE.....	18
CHAPITRE PREMIER. — Pathogénie et développement des kystes.....	21
1 ^o <i>Kystes mucoïdes</i>	21
Théorie de la prolifération des cellules germinatives de l'ovaire.....	21
2 ^o <i>Kystes dermoïdes</i>	22
a) Théorie de l'enclavement.....	23
b) Théorie de la « cellule nodale ».....	23
c) Théorie de la « parthénogénèse ».....	23
d) Théorie blastométrique.....	24
CHAPITRE II. — Connexions et anatomie pathologique du pédicule du kyste de l'ovaire.....	25
CHAPITRE III. — Physiologie pathologique.....	28
Torsion complète.....	28
Torsion incomplète.....	30
Nombre de tours.....	31
Sens de rotation.....	31

CHAPITRE IV. — Étiologie.....	33
Causes prédisposantes.....	34
Causes déterminantes.....	35
Grossesse concomitante.....	36
Siège et fréquence de la torsion.....	37
Mode mécanique de production de la torsion.....	39
CHAPITRE V. — Étude clinique.....	41
Torsion brusque.....	41
Torsion lente.....	45
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	47
CHAPITRE VII. — Pronostic.....	52
CHAPITRE VIII. — Traitement....	54
CONCLUSIONS.....	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	59

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai
lu la Thèse ayant pour titre :

*Contribution à l'étude des torsions du
pédicule des kystes de l'ovaire*, par
A.-L. MANGEL.

Je pense que la Faculté peut en per-
mettre l'impression.

Montpellier, le 12 mars 1938.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu : Le Doyen de la Faculté.

Montpellier, le 16 mars 1938.

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 22 mars 1938.

Le Recteur,
PARISELLE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
